

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 12

LA CURE PRÉVENTORIALE INFANTILE

(VINGT ET UNE OBSERVATIONS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul LOMBARDY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 3 Mars 1908 à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

LA CURE PRÉVENTORIALE INFANTILE
(vingt et une observations)

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1932-1933 N° 12

LA CURE PRÉVENTORIALE INFANTILE

(VINGT ET UNE OBSERVATIONS)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1932

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul LOMBARDY

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 3 Mars 1908 à CLERMONT-FERRAND (Puy-de-Dôme)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1932

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. X...

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, ROLLET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	X... (BONNET, agrégé, chargé de cours
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienné MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie	MM. CONDAMIN
Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chirurgie expérimentale	MM. TAVERNIER
Stomatologie	PONT

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	DUFOURT	BERNHEIM	MORENAS
RHENTER	DEVIC	DECHAUME	REBATTU Ch.
MAZEL	GABRIELLE	POLLOSSON	REVOL Ch.
SANTY	MARTIN (Joseph)	CHAMBON	ENSELME Ch.
CHALIER (André)	ROCHET (Ph.)	CIBERT	SEDALLIAN Ch.
CHALIER (Joseph)	WERTHEIMER	EPARVIER	
DUMAS	GATE	GUILLEMINET	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. MOURIQUAND, président; BERNHEIM, assesseur;
MORÉNAS et SÉDALLIAN

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

ET DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND

Professeur de Clinique infantile

Il a bien voulu accepter la présidence de cette thèse. Nous lui témoignons ici toute notre respectueuse gratitude.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAILLET
Directeur du Préventorium « Les Campanules »
à Saint-Gervais

Il nous a fourni tous les éléments
de ce travail ; son autorité en matière
préventoriale n'a d'égale que sa très
grande complaisance.

Qu'il veuille bien croire à notre vive
reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LA CURE PRÉVENTORIALE INFANTILE

(vingt et une observations)

Avant-Propos

Prévenir, pour n'avoir pas à guérir, telle devrait être la préoccupation constante des ministères d'hygiène et d'éducation physique de chaque gouvernement.

Qui ne voit clairement les avantages d'une telle méthode ? Les hôpitaux seraient moins encombrés, les sanatoriums auraient de moins en moins leur raison d'être et ne grèveraient plus autant le budget des départements.

Ce résultat apparaît à l'heure actuelle comme un idéal inaccessible.

Pourtant, le problème ne semble pas insoluble.

Il est évidemment souhaitable, de voir sur tout le territoire d'une nation, se multiplier les stades et les piscines, où l'animal humain a le droit de donner à ses muscles, l'exercice quotidien qu'ils réclament.

Mais ceci s'adresse aux jeunes gens ou aux adultes, indemnes de toute tare ; après examen médical, ils peuvent développer ou entretenir leur corps, moyennant l'observation de règles élémentaires d'hygiène sportive, et même courir les risques d'un entraîne-

ment défectueux, dont leur organisme peut supporter les frais.

Ces organisations, excellentes pour l'adulte bien portant, se révèlent dangereuses, par leur absence de contrôle médical, pour ces enfants malingres, déficients pluriglandulaires, rencontrés par milliers dans nos grandes villes.

Et pourtant, n'est-ce point là, le contingent futur des hôpitaux et des sanatoriums, et par conséquent, la source où il faut tarir le mal.

Une bonne solution, du moins nous le pensons, consisterait à prendre ces enfants, encore sur les frontières de la maladie, et, par des soins attentifs et une méthode appropriée, les sortir de cet équilibre instable pour les acheminer progressivement vers l'état de santé et amorcer heureusement leur développement pubertaire, prélude du complet épanouissement de l'adulte.

Une telle tâche exige, pour être menée à bien, une connaissance concrète de la physiologie et de la pathologie de l'enfance ; le médecin seul est qualifié pour la remplir ; c'est pourquoi le préventorium dirigé médicalement, est seul susceptible d'assurer, dans le minimum de temps, la récupération et le retour à la vie normale, de cet important contingent d'enfants, incapables de résister à la vie malsaine et artificielle de nos grandes cités.

Nous sommes très en retard en France, sur nombre de pays nordiques et de l'Europe centrale pour ce qui concerne la salubrité publique et le développement de l'individu. Créer, sur tout notre territoire, en des

lieux choisis pour leur situation et leur climat, des préventoriums, où, chaque année, durant quelques mois, des enfants anémiés viendraient retrouver avec la santé, la joie de vivre, ne serait-ce pas une belle œuvre ? Et aussi, en définitive, une bonne affaire : le malade grève lourdement le budget de l'Etat ; l'homme sain, au contraire, est un capital productif.

Après plusieurs décades, les préventoriums ayant rempli leur rôle et préparé des générations saines, l'eugénique deviendrait une science moins ardue ; de sa naissance à sa mort, l'homme pourrait espérer en une vie plus heureuse et exempte des terribles fléaux qui ont leur point de départ dans la misère physiologique de l'enfance ; mais ceci est une autre histoire...

La réalisation seule, de ces préventoriums, telle que nous l'envisagions tout à l'heure, n'est elle-même qu'un beau rêve : à notre connaissance, rien de semblable n'a été entrepris en France, par l'Etat. Cependant, comme il est de règle en notre pays, à la carence des pouvoirs publics, suppléent, dans une bien faible mesure, il est vrai, les initiatives privées : Il nous a été donné de le constater personnellement, et nous voudrions porter à la connaissance des médecins qui l'ignorent encore, ces initiatives, grâce auxquelles, un jour peut-être, l'Etat comprendra qu'il est de son devoir et de son intérêt, de sauvegarder dans l'enfant, l'artiste ou l'ingénieur de demain

CHAPITRE PREMIER

Le but et les principes de la médecine préventive

Transformer les débiles en enfants résistants, capables d'une vie normale, voilà le but de la médecine préventive.

Il convient donc, de rechercher tout d'abord, quels enfants seront justiciables d'une cure préventoriale.

L'examen médical de nombreux petits citadins permet de retrouver très fréquemment le même type de malingre. Dans ses antécédents, on ne trouve pas d'accidents graves : les maladies de l'enfance, rougeole, oreillons, coqueluche, ne l'ont certes pas épargné ; chaque convalescence, de longue durée, a révélé un organisme affaibli, lent à récupérer son potentiel vital ; malgré tout, l'enfant ne peut être rangé dans la catégorie des malades.

Les parents de ce petit être paraissent souvent jouir d'une excellente santé ; mais un examen approfondi montrerait chez la plupart, les symptômes d'intoxications variées, rançon de la civilisation.

L'enfant se présente avec un thorax étroit, une capacité respiratoire inférieure à la normale ; l'exa-

men des membres permet parfois de déceler un rachitisme ancien ; on note de la polyadénopathie, de l'inappétence, une température instable ; la cuti-réaction se montre le plus souvent positive.

La radioscopie confirme toujours le jeu insuffisant de la cage thoracique qui paraît comprimer cœur et vaisseaux ; souvent elle montre une ondulation du diaphragme et révèle ainsi la présence d'adhérences pleurales.

A la radiographie, on note une surcharge ganglionnaire dans toute la région hilaire ; il ne s'agit pas là de tuberculose ganglio-pulmonaire active, mais seulement de nodules calcifiés et de taches floues de péri-adénite, plus ou moins dissociées ; ces petits foyers, les uns en évolution, certains calcifiés, d'autres en régression, sont des indices d'infections tuberculeuses banales qui apposent ainsi, sur l'appareil ganglionnaire du thorax, leur signature indélébile.

L'avenir d'un tel enfant, abandonné à lui-même, est des plus sombres : la tuberculose le guette, les maladies intercurrentes, trouvant dans un organisme affaibli, un terrain tout préparé à leur développement, revêtiront chez ces sujets, une gravité particulière.

Pouvons-nous améliorer ces enfants ?

Le Docteur Paillet, qui dirige avec autorité et compétence, le préventorium des Campanules, à Saint-Gervais, écrit à ce sujet : « L'expérience montre que la vie en plein air, en altitude, médicalement réglée, aidée par la cure solaire, est la résurrection de toute cette troupe pitoyable, épuisée, anémiée, prédisposée à tout. »

De nombreux enfants bénéficient de la cure d'altitude : les ganglionnaires, les convalescents de maladies aiguës, et, par-dessus tout, les mauvais assimilateurs, adénoïdiens, insuffisants respiratoires, digestifs, hépatiques, dont la résistance diminuée facilite l'éclosion de la tuberculose.

Est-ce à dire que l'altitude seule importe et que le choix de la montagne soit indifférent ? Certes non ; en altitude, les enfants ont trois ennemis : le vent, le froid, le brouillard. Il faut donc s'écarter des plateaux ventilés, mais aussi, fuir le fond des vallées où s'accablent les brumes. L'exposition idéale, Sud, Sud-Ouest assurera une température convenable ; un large dégagement Est-Ouest permettra la pratique de la cure solaire pendant les jours les plus courts ; enfin, un écran de montagne, protégeant des vents du Nord, réalisera le calme atmosphérique, favorable aux cures d'air torse nu.

Un autre élément de bonne cure réside dans la sécheresse atmosphérique ; elle sera assurée par la pente du terrain, qui facilite l'écoulement des eaux, et aussi par la proximité des champs de neige et des glaciers, qui absorbent l'humidité de l'atmosphère.

L'air pur et sec dessèche les manifestations catarrheuses des bronches et se révèle un agent capital d'amélioration des voies respiratoires supérieures.

Le choix de l'altitude est non moins important : l'altitude moyenne, de 600 à 1.200 mètres, convient aux déprimés et doit être appliquée à tous les débuts de cure ; l'altitude de 1.200 à 1.800 mètres, joue le

rôle d'un tonique, mais d'un tonique violent, et doit être réservée aux cures d'entraînement

Enfin, certaines périodes de l'année sont préférables pour un début de cure ; là encore, il faut distinguer deux cas : en moyenne altitude, les périodes favorables sont comprises entre le 15 mai et le 15 octobre d'une part, le 15 décembre et le 1^{er} avril d'autre part. Mais si l'exposition est bonne, la cure peut se pratiquer toute l'année, et c'est là un avantage appréciable ; ni le dégel, ni le brouillard n'interdisent la cure, comme il est de règle sur les plateaux, au fond des vallées ; ou en cas de mauvaise exposition.

Par contre, en haute altitude, les saisons favorables sont nettement tranchées : les tempêtes de neige, les brouillards et les pluies, les dégels interminables, interdisent les cures efficaces pendant les inter-saisons ; aussi, les périodes favorables sont-elles limitées du 1^{er} juillet au 15 septembre et du 1^{er} janvier au 15 mars, avec quelques variations suivant les années.

L'emplacement d'un préventorium ne doit donc pas être choisi à la légère ; aussi, parmi les préventoriums existant actuellement, bien peu remplissent toutes les conditions requises.

Nous ne connaissons pas, en France du moins, de préventorium mieux conçu que celui des Campanules, à Saint-Gervais.

Grâce à l'obligeance de son médecin directeur, nous avons pu visiter les différents pavillons dans les moindres détails. Il nous paraît difficile de réaliser mieux, au triple point de vue hygiène, situation et commodité. C'est pourquoi, en décrivant le préventorium des

Campanules, nous énumèrerons de ce fait, les conditions requises pour un établissement de ce genre.

Une bonne exposition, est pour un préventorium, une qualité indispensable.

Pour l'installation des Campanules, le choix fut heureux : les différents pavillons s'élèvent en effet sur la rive droite du Bon-Nant, au flanc du Mont Prarion, dont l'exposition est toute entière au Midi et au Sud-Ouest ; la chaîne de Warens forme écran contre les vents du Nord, ce qui permet la cure d'air et l'insolation maxima. Par ailleurs, la proximité des glaciers du Mont-Blanc, assure la sécheresse atmosphérique totale de la région.

Or, beaucoup d'enfants, justiciables d'une cure préventoriale, sont porteurs de végétations adénoïdes, et leur rhino-pharynx est facilement infectable ; pour ceux-ci, l'air sec est l'unique et puissant remède.

Ces conditions exceptionnelles font de Saint-Gervais, la station idéale pour les enfants débiles ; les insuffisants pluriglandulaires et les convalescents de maladies aiguës, bénéficient au maximum de ces conditions climatiques.

Les Campanules comprennent trois maisons de cure, érigées au milieu des prairies et des arbres ; les enfants y sont répartis en trois équipes différentes, suivant l'âge et le sexe ; un quatrième pavillon est destiné aux services généraux et en particulier au service médical ; tous les pavillons sont reliés téléphoniquement.

Une piscine, alimentée d'eau courante, avec bassins de différentes profondeurs, permet la pratique de la natation en été, le patinage en hiver.

Chacun des pavillons, habités par les enfants, est pourvu, pour les cures et la gymnastique, d'une terrasse couverte, bien exposée au Midi, pouvant être à volonté ouverte ou fermée, chauffée ou ventilée.

Trois terrasses de gymnastique en plein air, d'expositions différentes, sont aménagées autour de chaque pavillon ; cette disposition permet la cure d'air en toute saison, dans la plupart des circonstances atmosphériques, et, au cours de la journée de cure, suivant la course solaire.

Les cures de plein air, aidées par le calme atmosphérique exceptionnel de Saint-Gervais, sont donc réalisées au maximum ; elles le sont ainsi sans risques pour tous les cavums et toutes les bronches fragiles, pour tous les adénoïdiens en instance de rééducation respiratoire. Le plein air au maximum, premier principe préventoriel, est donc réalisé.

Dans les chalets, la ventilation permanente et l'isothermie sont assurées, été comme hiver, par l'air pulsé, humidifié, dépoussiéré, antiseptisé, chauffé ou rafraîchi. La ventilation continue pendant les vingt-quatre heures, est donc assurée.

Cette cure préventoriale est complétée par la cure thermale : cure sulfureuse pour les nombreux cavums d'enfants congestifs et infiltrés ; cure de boisson et bains pour les cholémiques et dystrophiques neuro-arthritiques.

La cure d'entraînement sportif est complétée par le camping d'altitude à 1.500 mètres, sous la tente et en chalet chauffé, organisé médicalement, avec assistant médical, moniteur, infirmiers, régimes alimen-

taires. De tels camps médicaux sont uniques en France et permettent d'achever la cure d'entraînement du débile, commencée en moyenne altitude.

L'organisation préventoriale infantile des Campanules dispose donc, tant en moyenne qu'en haute altitude, de nombreux moyens de traitement, climatiques, physiothérapiques, complétés par les cures thermales et l'entraînement sportif en haute montagne.

Tous les traitements sont ordonnés et surveillés par une seule direction médicale spécialisée.

L'aération permanente, la culture physique et l'héliothérapie, médicalement dosées, le repos, l'alimentation rationnelle et adaptée à chaque tempérament, voilà les seuls agents naturels grâce auxquels sont obtenues de magnifiques récupérations.

CHAPITRE II

Les moyens de cure

Un grand principe régit la cure préventoriale; l'entraînement doit être progressif et surveillé médicalement ; les réactions de l'enfant sont notées chaque jour et permettent de se rendre compte rapidement si le climat lui convient.

Il ne faut pas craindre d'agir avec lenteur vis-à-vis d'enfants extrêmement délicats, dont les organismes réclament une accommodation prudente. Le *primum non nocere* domine aussi la médecine préventive.

Mais combien le médecin sera récompensé de ses efforts, en voyant, par un entraînement progressif, l'enfant devenir chaque jour plus résistant, l'appétit renaître, les forces augmenter ; peu à peu, le débile se transforme et devient l'enfant stable, bientôt apte à vivre dans les mauvaises conditions de sa ville.

L'aération continue

Nous pouvons vivre quelques jours sans manger ; la respiration cesse-t-elle quelques minutes, c'est la mort.

De cette simple constatation, on peut déduire l'importance capitale d'une bonne respiration. Et quand on connaît les doses minimales de gaz carbonique, d'oxyde de carbone ou d'autres produits volatils toxiques, suffisantes pour entraîner la mort ou des troubles graves, on peut juger de l'intérêt qu'il y a à respirer un air pur.

Aussi l'enfant sera-t-il le plus possible dehors, en plein air; dans l'appartement les fenêtres seront largement ouvertes, jour et nuit; le brouillard, le froid ne doivent pas être un obstacle à cette règle primordiale de l'aération continue; seulement, il faut chauffer la pièce de façon à sécher l'atmosphère, s'il y a lieu, et assurer une température convenable; même si le thermomètre marque 10 au-dessous à l'extérieur, il doit y avoir 12 degrés près du lit de l'enfant.

Des recherches récentes, en particulier celles du Professeur Pech, de Montpellier, ont mis en évidence l'intérêt qu'il y a à envoyer les enfants dans les stations qui conviennent à leur tempérament. Nous pouvons distinguer, avec le Professeur Pech, des stations à champ électrique élevé ou « stations de grand air » qui doivent présenter en été un gradient potentiel de 100 volts par mètre au moins, et des stations à champ électrique moyen (de 30 à 100 volts pour la moyenne d'été) ou « stations de plein air ».

La « station de grand air » est généralement un plateau dont la végétation est presque uniquement constituée par des bruyères, des genêts; les forêts en sont éloignées; une brise de jour presque constante, tournant avec le soleil, la caractérise. Par suite des

vents, ces stations ne conviennent qu'aux enfants les plus normaux, convalescents de maladies aiguës, par exemple, mais présentant un état général satisfaisant.

La « station de plein air » est en général très proche des grandes forêts, qui la dominent ou l'entourent; son exposition lui permet d'être longuement et largement insolationnée; la brise tournante de jour y est faible ou inexistante; ces stations doivent être réservées aux enfants malingres, pré-tuberculeux.

Si l'enfant est bien réellement dans son milieu, ce premier élément de cure consistant dans l'aération continue sera un des facteurs importants du succès.

La gymnastique respiratoire

Pour profiter de l'air pur des moyennes et hautes altitudes, il faut savoir respirer.

Sur cent adultes pris au hasard, soixante-dix respirent mal ou insuffisamment. Chez les enfants, la proportion est encore plus forte.

L'enfant doit apprendre à respirer comme il a appris à marcher. Combien d'enfants respirent uniquement par la bouche ou par une seule narine? Tout obstacle au passage de l'air dans les voies respiratoires supérieures doit être levé sur-le-champ, faute de quoi ces enfants présenteront toujours un retard dans leur développement. Combien d'adénoïdiens, opérés trop tard, gardent, de nombreuses années, l'habitude de respirer la bouche ouverte et négligent la respiration nasale, seul moyen de filtrage entre l'air extérieur et les poumons.

Il faut se méfier des inspirations forcées qui violent les alvéoles pulmonaires et risquent de nuire à une bonne hématoxe en contrariant la tendance des fibres alvéolaires à revenir sur elles-mêmes.

Il convient plutôt d'insister sur l'expiration forcée, qui expurge les poumons de l'air vicié et laisse s'effectuer une inspiration normale par le seul jeu de l'élasticité des fibres alvéolaires.

Mais les exercices respiratoires, employés seuls, n'ont pas d'autre but que l'apprentissage d'une bonne respiration; ils doivent, pour retentir heureusement sur l'état général, être associés à la culture physique; l'oxygène respiré n'est utilisé que si les combustions deviennent plus actives; et seuls, les muscles, en réclamant plus d'oxygène, pour brûler le sucre nécessaire à leur contraction, permettent l'utilisation de l'air inspiré; d'où la nécessité des exercices physiques.

Au début de tout exercice assez violent, le sang est d'abord surchargé d'acide carbonique; mais, par la suite, il se trouve saturé d'oxygène. En effet, un individu qui vient d'effectuer un travail musculaire assez important, présente de l'essoufflement, dû à la production en excès d'acide carbonique. Ce gaz, dissous dans le sang, excite, par son intermédiaire, le centre nerveux respiratoire, au niveau du bulbe rachidien; celui-ci répond à l'excitation en accélérant les contractions des muscles inspireurs, cause d'essoufflement. Plus tard, après des semaines d'entraînement, le même sujet présentera un ralentissement remarquable des mouvements respiratoires. C'est qu'alors l'oxygène sera absorbé en quantité suffisante pour les besoins

de l'économie. Le bulbe rachidien, qui provoque l'essoufflement, seulement par besoin d'oxygène, n'aura plus de raisons de réagir aussi impérieusement.

Par l'exercice, l'enfant fait donc provision d'oxygène; ce gaz se fixe sur les globules du sang.

Ce sang oxygéné va irriguer tout l'organisme. Or, les expériences déjà anciennes de Brown-Séquard ont démontré les heureux résultats obtenus par l'injection artificielle, dans divers organes, de sang oxygéné.

L'expérience montre que, sous l'influence d'un tel sang, toutes les glandes sécrètent plus activement; les mouvements péristaltiques de l'intestin s'accomplissent avec plus d'énergie; le foie et le pancréas sécrètent d'une manière plus active.

Ainsi l'acquisition d'une provision supplémentaire d'oxygène entraîne une assimilation plus parfaite et, par conséquent, un accroissement de volume du corps.

L'exercice produira donc une augmentation de poids, chez ces enfants, maigres et pâles, mauvais assimilateurs, dont aucun organe ne présente de lésions en évolution.

Le travail musculaire sera d'ailleurs également favorable aux mauvais désassimilateurs, en contribuant heureusement à la combustion des déchets azotés ou des graisses.

L'exercice bien dirigé produit donc, chez l'enfant, de salutaires effets : la croissance se régularise, l'attitude générale se perfectionne. Bien que l'activité des hormones soit encore mystérieuse sur bien des points, il paraît aujourd'hui certain que les heureux effets de

l'exercice s'expliquent par la suractivité des glandes à sécrétion interne, sous l'action d'un sang très oxygéné.

En préventorium, les exercices seront toujours entrecoupés de repos et les mouvements respiratoires purs alterneront avec les exercices musculaires.

Après accommodation prudente, les enfants feront leur culture physique, torse nu, même l'hiver, en plein air ou sur une terrasse.

La cure de soleil

Voici ce qu'en dit Rollier, promoteur de l'école au soleil : « La cure de soleil, associée à la cure d'altitude, place l'organisme dans des conditions idéales de défense; elle constitue le plus actif des moyens prophylactiques contre ces maladies du jeune âge, qui, trop souvent, ouvrent la porte à la tuberculose. »

La nutrition et les échanges sont stimulés; la peau se meut enfin dans son milieu naturel, sans interposition de vêtements antihygiéniques; elle remplit alors non seulement son rôle d'élimination, mais redevient apte à emprunter aux radiations solaires et à transformer, pour le bénéfice de l'organisme tout entier, ces formes d'énergie, dont nous semblions avoir oublié l'existence depuis Hippocrate. Les muscles paraissent se nourrir et se tonifier sous l'action des rayons solaires, en particulier les muscles des gouttières vertébrales, du cou, de la ceinture scapulaire; l'enfant voûté se redresse, le ventre hypotonique

s'efface sous l'action d'une sangle musculaire reconstituée; toutes les fonctions organiques retrouvent leur équilibre.

Sous l'influence de l'ensoleillement presque continu, le caractère et l'état mental de l'enfant se transforment aussi heureusement que son physique. Le petit citadin, souvent nerveux et irritable, retrouve son entraînement; tant il est vrai que l'euphorie physique et la bonne humeur vont de pair. Mais la cure solaire ne doit pas être livrée au hasard; le soleil doit être dosé comme un remède, sous peine d'accidents plus ou moins graves.

Rollier, spécialiste de l'ensoleillement, a codifié depuis longtemps les règles essentielles de l'héliothérapie.

Grâce à l'expérience de nombreux médecins, directeurs de préventoriats ou d'écoles au soleil, la technique est actuellement mise au point. L'héliothérapie doit être progressive : insoler, sans précautions, la totalité du corps d'un sujet, c'est l'exposer à des congestions viscérales; il est indispensable de doser progressivement la cure solaire de début. C'est pourquoi la surveillance effective constante du médecin est indispensable.

Lui seul peut fixer convenablement la durée des séances d'héliothérapie; cette durée varie suivant les saisons, l'entraînement et la résistance de l'enfant, entre cinq minutes et trois heures; il n'y a, semble-t-il, pas d'intérêt à dépasser cette dernière limite.

En principe, il est prudent de ne pas arriver à l'insolation totale avant la fin de la première semaine.

Mais lorsque l'enfant est suffisamment entraîné, l'héliothérapie doit être aussi complète que possible.

Le Docteur Fougerat de Lastours a réalisé, à ce propos, des expériences intéressantes. Des sujets d'âge et de sexe différents, mais affaiblis, insolés quinze jours nus et quinze jours, tantôt avec un cache-sexe, tantôt avec un léger tissu recouvrant le corps thyroïde, ont permis de constater une augmentation plus considérable de poids, une euphorie plus grande, correspondant aux périodes de nudité complète.

Les résultats sont plus nets chez les hommes et les jeunes garçons, même impubères. On peut supposer qu'il s'agit là d'une action élective du soleil sur les glandes à sécrétion interne.

Malheureusement, si le nu est chaste dans les pays nordiques, il ne l'est pas encore en France, et le médecin de préventorium doit sacrifier au préjugé de la pudeur.

En tout cas, le costume se réduira à un simple slip; c'est d'ailleurs, écrit Rollier, « un spectacle charmant, pour l'artiste comme pour le médecin, que de voir ces enfants à la musculature merveilleusement reconstituée, aux téguments bronzés, vraies fleurs humaines en plein épanouissement, se mêler aux fleurs des champs, ou sillonner, en ski ou en luge, les pentes étincelantes de neige ».

La cure de soleil sera faite en jouant, l'enfant en mouvement, la cure immobile étant réservée à des cas spéciaux. L'idéal est, en effet, d'associer l'aération et l'insolation : on évite ainsi le ruissellement de la sueur sur les parties à l'ombre et l'évaporation consé-

cutive, qui, sur un corps immobile, n'est pas toujours sans danger. Le maximum d'effet bienfaisant est alors obtenu, grâce à l'exercice corporel et aussi grâce à l'attrait intellectuel du jeu, qui vient s'ajouter à celui, si puissant et si particulier, du soleil.

La pratique réglée des sports

Il ne saurait être évidemment question ici d'athlétisme ou de compétition; on ne doit pas exiger d'enfants malingres, des efforts permis seulement à une sélection d'athlètes; en matière préventoriale, tout est question de mesure.

Chaque préventorium devrait posséder une piscine; la pratique mesurée de la natation favorise le développement de la cage thoracique et l'augmentation de la capacité respiratoire.

Et puisqu'il est entendu qu'un préventorium doit s'ériger en altitude, n'avons-nous pas sous la main, pour ainsi dire, toute une gamme d'exercices de difficultés croissantes, depuis la simple promenade jusqu'à la varappe délicate ou l'ascension en haute montagne?

Et, en hiver, de la simple partie de luge à la randonnée à ski, quelle différence d'efforts et de résultats !

Ce serait là l'occasion de proclamer les bienfaits de l'alpinisme et de célébrer les joies toniques du ski; mais tel n'est pas notre but.

Et puis, ne l'oublions pas, alpinisme et ski, réclament des efforts prolongés; les enfants susceptibles d'en bénéficier au maximum sont déjà sortis de la

période préventoriale; c'est un adjuvant et un complément de la cure, permis seulement aux adolescents bien entraînés.

L'organisation minutieuse des repos

La science du repos fut longtemps négligée; dans les conditions ordinaires, en effet, chez un homme bien portant, de courtes périodes d'immobilisation suffisent pour effacer une impression de lassitude; les muscles fatigués retrouvent très rapidement leurs aptitudes au travail.

Au contraire, l'enfant débile se fatigue vite et ses muscles récupèrent lentement leur vigueur première. Des repos insuffisants, en fréquence ou en durée, peuvent compromettre le succès de la cure.

L'enfant débile doit rester au lit douze et treize heures; dans la journée, tout exercice un peu violent, toute promenade, tout travail intellectuel, seront immédiatement suivis de repos. Dans les débuts de cure, l'enfant sera parfois mis au repos dix-huit heures sur vingt-quatre.

Peu à peu, selon l'état du sujet, ces longs repos seront raccourcis; mais on maintiendra toujours onze heures de lit, sans jamais supprimer une heure de repos après le déjeuner et une autre heure après les exercices de l'après-midi.

Nous voyons donc l'importance extrême de la surveillance médicale au cours de la cure préventoriale; toutes les réactions de l'enfant sont notées chaque

jour; seule, la minutieuse comparaison des courbes et des poids, et leur variation suivant le régime, l'exercice et l'héliothérapie, permet de fixer avec la précision nécessaire, la dose optima de chaque élément de cure.

Cure intégrale d'air et de soleil en haute altitude

Lorsqu'il s'agit d'enfants à résistance organique simplement affaiblie, ou d'enfants suffisamment fortifiés par une première cure strictement préventoriale, le médecin dispose, dans la cure d'air et de soleil en haute altitude, d'un moyen extrêmement rapide de récupération intégrale.

Le problème a été posé et résolu depuis déjà plusieurs années par le Docteur Paillet, de Saint-Gervais; nous nous inspirerons donc, encore une fois, de ses travaux, pour en décrire brièvement les modalités.

Cette cure devra être rapide, car la période favorable en haute montagne est très courte; plein air, sports, héliothérapie seront donc employés au maximum; mais la surveillance médicale doit être particulièrement attentive, étant donné l'intensité du spectre solaire en haute altitude et la brutalité des variations atmosphériques.

La montagne sera judicieusement choisie en s'inspirant des conditions requises pour l'emplacement d'un préventorium, l'altitude optima variant entre 1.500 et 1.800 mètres.

Le logement des enfants devra présenter un certain

confort permettant de réaliser une cure préventoriale provisoire, en cas de besoin.

L'alimentation de ces enfants, venus en état d'hypotonutrition, dont l'appétit sera très rapidement excité par l'altitude, devra être fraîche, variée et abondante; d'où la nécessité de recevoir chaque jour seulement, pain, viande, légumes verts.

La vie médicale sera méticuleusement organisée. Les enfants seront constamment surveillés par des infirmières spécialisées. Le médecin visitera plusieurs fois par semaine son « camping médical »; il observera les enfants en action et notera soigneusement les réactions individuelles, principalement au cours de la cure solaire; il suivra de temps à autre les enfants en excursion pour juger de la résistance de chacun ou dépister un début de fatigue.

Les enfants seront répartis en différentes équipes, suivant leur résistance et leur entraînement; ils séjourneront autour du chalet, partiront en excursion ou pratiqueront l'alpinisme proprement dit (grandes courses et varappes); d'ailleurs, l'enfant ne sera pas rangé à demeure dans telle catégorie, mais placé dans une équipe suivant ses résistances quotidiennes. Par beau temps, les enfants couchent sous des tentes spacieuses; ils prennent ainsi un véritable bain d'air nocturne, permanent et constamment renouvelé. Si les conditions atmosphériques le permettent, l'enfant vivra toute la journée en caleçon de bain.

Le sport ne sera pas pratiqué au hasard, mais dirigé par un moniteur qualifié, sur les indications précises du médecin. La gymnastique, faite chaque matin, sera

d'abord respiratoire, puis musculaire: les grands dorsaux, les dentelés, les transverses abdominaux, les muscles des gouttières vertébrales, peu actifs dans la vie commune, mais dont l'entraînement est indispensable à l'alpiniste, seront quotidiennement exercés. Les agrès développeront les muscles des bras, à la vigueur desquels se confie souvent le varappeur. Les excursions en montagne, par beau temps, réaliseront une gamme répondant à la résistance de chaque équipe, depuis la simple promenade d'une heure, jusqu'à la véritable course en montagne, nécessitant douze à quatorze heures de marche.

Varappes et grandes excursions seront d'autant moins fatigantes que l'entraînement musculaire aura été réalisé avec plus de soin; elles auront pour résultat d'activer les échanges de l'économie; l'assimilation et l'élimination ainsi accélérées se traduiront par une augmentation nette de l'appétit.

Des repos soigneusement établis sont indispensables pour permettre à des enfants délicats de mener une telle vie sportive : ils seront institués le matin pendant la cure solaire, après le déjeuner et dans l'après-midi; en fin de journée, un tub chaud apportera le délassement nécessaire.

Cette vie, on le voit, ne peut être comparée au scoutisme, vie pittoresque pour enfants solides.

Ici, le problème est d'ordre médical : récupérer dans un temps minimum des enfants affaiblis et les rendre capables d'une vie normale; pour cela une vie médicalement réglée chaque jour est indispensable.

« L'expérience a prouvé que, pour ces enfants, la

vie en haute montagne, sportive, en plein air, aidée par l'héliothérapie, soutenue par une alimentation rationnelle et abondante, s'avère comme un puissant moyen de cure, capable d'augmenter dans un minimum de temps le potentiel de vitalité et de résistance. »

Les observations qui vont suivre en sont le témoignage. Puisées au hasard dans la documentation abondante, mise aimablement à notre disposition par le Docteur Paillet, de Saint-Gervais, elles nous traduiront fidèlement les résultats de cures plus ou moins longues suivant la déficience organique plus ou moins accusée et les réactions particulières de chaque sujet. L'influence de la cure est surtout sensible chez ces enfants « inadaptés urbains » qui retrouvent la santé loin des villes et sur lesquels le Professeur Mouriquand a récemment appelé l'attention dans une communication à l'Académie de Médecine.

CHAPITRE III

Observations

Cures longues

OBSERVATION I

C... H., fille, 12 ans.

Antécédents personnels : à six mois, bronchite accidentelle ; à cinq ans, ablation des végétations et amygdales. Maladies infantiles : rougeole, oreillons, sans complications.

Arrive le 20 janvier 1930 aux Campanules.

Poids : 35 k. 150

Taille : 1 m. 48

Thorax : 65/72

Adénopathie trachéo-bronchique hilare et médiastinale. Fatigue depuis deux mois chez une Parisienne ganglionnaire, causée par la croissance trop rapide et l'approche de la puberté ; nervosisme, mais bon état général ; respiration douce ; musculature moyenne ; pas de température. En conséquence, cure de soleil immédiate.

Le 31 janvier :

Repos	13 h.
Gymnastique	45'
Promenade et jeux	45'
Soleil	45'

La température reste stable ; le poids augmente normalement : 31 janvier, 36 k. 800. 8 février, 37 k. 250.

Malgré un très mauvais temps, dans la période du 9 mars au 22 mars, l'enfant ne contracte aucun rhume, tout en continuant progressivement le traitement et en pratiquant l'héliothérapie, chaque fois qu'il est possible.

Détail intéressant à noter : le poids suit une progression régulière, sauf dans la période comprise entre le 23 février et le 1^{er} mars 1930, où le poids passe de 38 k. 500 à 38 k. 350. Or, à cette époque, on note comme particularité climatérique un vent du Sud très violent et le docteur Paillet juge qu'il y a corrélation de cause à effet entre ces deux constatations. On peut rapprocher ceci des faits observés à Lyon sur des nourrissons, par le professeur Mouriquand : quand le vent du Sud souffle, on note chez certains enfants une déshydratation brusque se traduisant par une chute profonde de la courbe pondérale.

Le 1^{er} juin :

Repos : 13 h. : 10 h. 30 lit + 2 h. 30 chaise longue

Gym. : 45'

Soleil : 2 h.

Du 1^{er} au 9 juin, temps très orageux ; l'enfant ne subit aucune fatigue, mais perd 350 grammes.

Départ 30 juin 1930 :

Poids : 41 k. 800

Taille : 1 m. 50

Thorax : 72/80

A noter que, du 22 au 29 juin, l'enfant séjourne au camping, à 1.500 m., avec vie sportive plus active ; le poids reste stationnaire ; c'est une bonne preuve de résistance.

L'entraînement méthodiquement suivi ne provoque aucune fatigue et se concilie avec l'équilibre thermique et l'augmentation de poids.

Le développement général est bien marqué par la lecture des mensurations comparées (le périmètre thoracique au repos est augmenté de 7 cm.).

La musculature, chez cette enfant si molle, est enfin existante ; tous les exercices d'agès sont faits facilement.

En résumé, très aérée et très fortifiée, cette enfant peut reprendre la vie normale parisienne : le but de la cure est atteint.

OBSERVATION II

G... M., garçon, 11 ans.

A. H. : syphilis.

A. P. : Jusqu'à cinq ans, très bel enfant, puis entérite, amaigrissement, développement arrêté. Un gros foie fait suspecter la syphilis ; le traitement confirme en donnant une reprise rapide.

De cinq à onze ans, aucun traitement syphilitique ; incidents rhino-pharyngés, végétations adénoïdes opérés.

Hiver 1927-1928, rhumes, angine, rougeole, varicelle.

Radio en avril : voile à droite, adénopathie hilare droite très accusée, adénopathie médiastinale.

Après un séjour de quatre mois à Saint-Honoré, grosse amélioration ; adénopathies hilaires en voie de régression.

Entrée aux Campanules le 11 novembre 1928 :

Poids :	31 k. 200
Taille :	1 m. 37
Thorax :	66/73

A l'examen ; adénopathie hilare, rhinopharynx en mauvais état ; malingre, maigre et pâle ; gros foie syphilitique ; arrêt de développement.

Départ le 15 mai 1929 :

Poids :	32 k. 800
Taille	1 m. 41
Thorax	66/75

La cure, on le voit, fut très longue et les résultats ne sont pas en rapport. Le poids monte difficilement, malgré un traitement spécifique institué parallèlement à la cure ; il existe toujours des ganglions hilaires et un état de fatigue.

2^e Cure. — Entrée le 30 août 1929 :

Poids :	32 k. 100
Taille :	1 m. 42
Thorax :	66/74

Le 29 septembre, on note :

Repos :	10 h. 30 lit + 2 h. chaise-longue
Promenade, jeux, soleil :	1 h. 30
Gym :	45'

La température basse (36°3-36°6) est inversée ; en 1928, la température normale présentait aussi le type inverse.

Du 11 au 16 novembre, malgré une période de très mauvais temps et la continuation de la cure, l'enfant ne contracte aucun rhume.

Traitement spécifique du 7 au 29 novembre : 12 piqûres de tréparsol.

Du 24 au 30 novembre, fort vent du Sud, n'amenant chez l'enfant aucune fatigue.

Du 22 au 26 décembre, tempête, chutes de neige ; ce mauvais temps n'occasionne aucune fatigue.

Du 14 février au 22 mars 1930, l'enfant reçoit 1 gr. 60 de sulfarsénol.

Le 22 mars 1930 :

Poids :	37 k. 100
Taille :	1 m. 45
Thorax :	68/79

Le jeune M... est rendu à la vie scolaire bien musclé, avec une magnifique ventilation, en plein développement. Sans affirmer la complète récupération de cet ancien malingre, on note une belle régression des états ganglionnaire et spécifique, dont la symbiose avait arrêté son développement.

Après trois mois de vie scolaire parisienne ininterrompue,

mais durant laquelle il s'est produit un amaigrissement de 2 k. 500, l'enfant revient aux Campanules :

Poids :	34 k. 500
Taille :	1 m. 46
Thorax :	65/76

L'enfant est mis directement au « Camping ». Promenades, héliothérapie sont judicieusement dosées et progressivement augmentées. L'enfant excursionne sans aucune fatigue et se comporte bientôt en véritable alpiniste : le 22 juin, Aiguille du Tricot (3.000 m.) avec escalade ; le 29 août, Tête-Rousse (3.300 m.) avec quatre heures de cure solaire.

Pour qui connaît la résistance nécessaire à l'alpiniste, le critère sportif est probant. Il est à noter que cet entraînement sportif fut mené sans fatigue et avec poids constant.

Départ le 22 septembre 1930 :

Poids :	38 k. 200
Taille :	1 m. 47
Thorax :	68/78

L'enfant s'est révélé très robuste et très résistant musculairement ; il peut monter à la corde lisse avec les seuls biceps, saute fort bien en hauteur, à la perche (2 m.) et a établi plusieurs records de vitesse en montagne ; c'est enfin un sujet entièrement récupéré.

OBSERVATION III

F... D., garçon, 11 ans.

A. P. : fragilité digestive, hépatique. Plusieurs cures d'air entre cinq et sept ans, à Lausanne, Montana, Arcachon, sans aucun résultat. En 1925, la radio révèle une adénopathie trachéo-bronchique assez importante, à droite ; troubles gastriques toujours persistants.

Première cure. — Entrée aux Campanules, 15 août 1928

Poids : 32 k. 850
Taille : 1 m. 41
Thorax : 64/71

Départ le 25 septembre 1928 :

Poids : 35 k. 850
Taille : 1 m. 43
Thorax : 68/76

Radio améliorée, mais estomac, foie toujours déficients. Développement intellectuel retardé. Croissance exagérée. Au printemps 1929, fatigue, pâleur, nervosisme.

Deuxième cure. — Entrée, 11 juillet 1929 (12 ans 1/2) :

Poids : 33 k. 600
Taille : 1 m. 47
Thorax : 69/75

Bonne respiration, pas de ganglions. Le 27 août 1929, l'enfant part au camping jusqu'au 15 septembre ; aucun incident, l'accommodation se fait bien.

Départ, 24 septembre 1929 :

Poids : 38 k. 250
Taille : 1 m. 49
Thorax : 72/80

En somme, l'enfant est remis d'aplomb, la résistance paraît acquise.

Pendant un an, l'enfant accomplit sa scolarité sans aucune maladie, mais fatigue, pâleur, surmenage intellectuel.

Troisième cure. — Entrée le 17 juillet 1930 (13 ans 1/2) :

Poids : 39 k.
Taille : 1 m. 53
Thorax : 71/78

Troubles de croissance et de puberté. Enfant fatigué ; défaut total de graisse ; musculature réduite. Part le 4 août au Camping, jusqu'au 15 septembre. Départ le 20 septembre : légère amélioration.

Quatrième cure. — Entrée, 24 décembre 1930 :

Poids : 42 k. 500
Taille : 1 m. 57
Thorax : 72/80

Départ le 3 janvier 1931 :

Poids : 43 k. 100

Cure destinée à couper l'hiver parisien et la scolarité. Cet enfant a toujours besoin de beaucoup de repos pour accomplir sa vie normale ; sa résistance générale est très limitée.

Hiver et printemps 1931 passés sans accroc. Les études sont reprises ; bon travail, sans aucun arrêt.

Cinquième cure. — Entrée, 14 juillet 1931 (14 ans 1/2) :

Poids : 46 k. 900

Taille : 1 m. 62

Thorax : 76/82

Avec surprise, on constate que le développement est parti brusquement et que rien ne peut l'arrêter (scolarité, grippe, angine, oreillons).

Le travail a été fait sans fatigue. L'aspect général est complètement transformé ; il n'apparaît plus comme les années précédentes avec cet aspect d'épuisement, vidé, sans résistance (il fallait trois semaines de cure de repos avant qu'il puisse monter au Camping).

Les mensurations confirment cette impression : en six mois, en dépit d'un mauvais climat et des accidents infectieux, le poids augmente de quatre kilos, la taille de cinq centimètres.

Le travail scolaire a été meilleur (développement intellectuel) ; la résistance physique a suivi la même progression. Ce simple examen permet de monter l'enfant directement au Camping. Le Camping se termine le 9 septembre. Pendant six semaines, sans fatigue, il améliore sa musculature et prouve sa résistance au cours de nombreuses ascensions.

Départ le 18 septembre 1931 :

Poids : 48 k. 800

Taille : 1 m. 64

Thorax : 75/82 1/2

Cet ancien lymphatique, rebelle à toute amélioration persistante, a donc, à force de ténacité (cinq cures) été amené au seuil de la puberté dans les meilleures conditions de résistance.

OBSERVATION IV

J... M., garçon, 9 ans et demi.

A. P. : coqueluche et broncho-pneumonie consécutive.

Première cure. — Entrée, 23 janvier 1927 :

Poids : 25 k. 600

Taille : 1 m. 33

Thorax : 60/67

Enfant maigre, nerveux, à respiration insuffisante.

Départ, 15 mai 1927 :

Poids : 28 k. 250

Taille : 1 m. 34

Thorax : 60/68

Donc, bonne cure, sans incident, sinon hépatisme, nervosité diminuée.

Deuxième cure. — Entrée, 27 août 1927 :

Poids : 28 k. 650

Départ, 28 septembre 1927 :

Poids : 30 k.

Taille : 1 m. 35

Thorax : 61/70

Troisième cure. — Entrée, 17 décembre 1927 :

Poids : 28 k. 600

Taille : 1 m. 37

Thorax : 63/71

Départ, 15 janvier 1928 :

Poids : 29 k. 300

Taille : 1 m. 37

Thorax : 61/71

Quatrième cure. — Entrée 18 août 1928 :

Poids : 29 k.

Taille : 1 m. 40

Thorax : 61/69 1/2

Départ, 21 septembre 1928 :

Poids : 31 k. 100
Taille : 1 m. 40
Thorax : 66/74

Cinquième cure. — Entrée 16 décembre 1928 :

Poids : 29 k. 900
Taille : 1 m. 41
Thorax : 64/72

En somme, enfant maigre, pâle, comme à tous ses retours.
Il semble faire partie de ces « inadaptés urbains » signalés récemment par le Professeur Mouriquand.

Départ, 5 janvier 1929 :

Poids : 31 k. 700
Taille : 1 m. 41
Thorax : 64/72

Sixième cure. — Entrée, 28 août 1929 (12 ans) :

Poids : 30 k. 700
Taille : 1 m. 45
Thorax : 63/71

En somme, taille accrue de 4 cm.; bonne respiration, mais poids stationnaire, gros foie.

Départ, 25 septembre 1929 :

Poids : 32 k. 950
Taille : 1 m. 45
Thorax : 66/75

Le poids augmente de deux kilos en un mois ; toujours la même récupération rapide dès le pied posé en Savoie.

Septième cure. — Entrée, 8 décembre 1929 :

Poids : 31 k. 700

Départ, 8 janvier 1930 :

Poids : 32 k. 800

Les 27, 28, 29 décembre, troubles digestifs avec élévation de température à 38°, d'où baisse de poids.

Huitième cure. — Entrée, 17 décembre 1930 :

Poids : 36 k. 850
Taille : 1 m. 53
Thorax : 66/73

Très bonne année 1930 : n'a pas eu besoin de cure d'été selon l'habitude ordinaire ; les classes reprises en octobre furent continuées sans arrêt.

Pendant cette année, le poids augmente de 6 k. 500, la taille de 7 cm. et le périmètre thoracique de 3 cm.

Départ, 10 janvier 1931 :

Poids :	37 k. 700
Taille :	1 m. 53
Thorax :	66/73

Aucun incident. Résistance parfaite à la fatigue et au mauvais temps. Le démarrage fut lent, mais semble être accompli.

Cures demi-longues

OBSERVATION V

J... D., garçon, 14 ans.

A. P. — Scarlatine, hépatisme. A 12 ans, paraît robuste et très résistant.

Adénopathie trachéo-bronchique banale de Parisien.

En 1927, vertiges, céphalées ; en octobre 1927, migraines, fatigues. En mai 1928, l'analyse révèle la présence de trichocéphales en grande abondance, simulant l'appendicite ; la fièvre tombe lentement, après traitement thymolé.

Première cure. — Entrée, 12 juin 1928 :

Poids :	34 k. 150
Taille :	1 m. 48
Thorax :	63/71

Maigreur, anémie (3.200.000) ; arrêt complet de développement depuis dix-huit mois.

Départ, 1^{er} septembre 1928 :

Poids : 38 k. 950
Taille : 1 m. 50
Thorax : 65/75

Donc, en apparence, magnifiques résultats. Un mois de camping.

Mais le test de retour à la vie normale à Paris, aboutit bientôt à la fatigue extrême ; température, 37°2-37°6. Analyse des selles négative.

Deuxième cure. — 12 novembre 1928 :

Asthénie, mais bonne respiration.

Poids : 37 k. 250
Taille : 1 m. 60
Thorax : 65/75

Du 28 novembre au 22 décembre, l'enfant fait 1 h. 30 de ski, presque chaque jour, sans aucune fatigue, et de l'héliothérapie chaque fois qu'il est possible.

Du 17 au 22 février 1929, état grippal léger, sans signes pulmonaires ; le poids passe de 39 k. 700 à 38 k. 250. Du 22 au 24, on note une température matinale à 37°4-37°6 ; une surveillance active révèle un état de somnambulisme traité par le gardénal.

Du 18 au 29 mai 1929, voyage en auto et chemin de fer ; vie touristique en Italie ; diarrhée les deux premiers jours (cuisine italienne), mais pas de fatigue particulière.

Le 27 juin, départ au camping.

Du 18 au 21 août, le temps pluvieux ne permet pas d'excursionner ; on note une légère baisse de poids (de 42 k. 650 à 41 k. 750).

Du 23 au 27, le beau temps permet des courses parfois assez longues (Tricot, 6 h.) ; le poids remonte de 41 k. 750 à 42 k. 300.

Poids : 32 k. 850
Taille : 1 m. 41
Thorax : 68/76

Départ le 20 septembre 1929.

Poids : 42 k. 500, gain depuis novembre 1928, + 5 k.

Taille : 1 m. 55, — — — + 4 cm.

Thorax : 69/80, — — — + 1 cm.

Très bonne cure ; accroissement musculaire, résistance augmentée.

OBSERVATION VI

P... B., garçon, 12 ans 1/2.

A. P. : Dès l'âge de 18 mois, asthme. Entre 3 et 6 ans, quatre otites doubles, dont les deux dernières se compliquent de mastoïdite (sans opération).

Toutes les maladies infantiles, mais sans complications.

A 5 ans, opéré de l'appendicite.

Elevé depuis trois ans à l'Ecole des Roches ; le travail intellectuel fatigue l'enfant ; alors apparaissent la maigreur, la pâleur, les crises d'oppression, les yeux cernés et tous les petits signes de fatigue.

Entrée le 18 janvier 1931 :

Poids : 35 kilos

Taille : 1 m. 46

Thorax : 63/75

Les rhumes fréquents doivent être le point de départ de tous les accidents : otites, petites bronchites et même asthme.

C'est le type du respiratoire supérieur, avec nez, arrière-nez, gorge et trompe d'Eustache trop facilement infectés, provoquant l'asthme et de petites bronchites et empêchant le développement normal des forces.

Radioscopie : La chaîne hilare droite paraît trop importante chez un enfant ne vivant jamais à la ville.

Départ, 21 avril 1931 :

Poids : 37 k. 900

Taille : 1 m. 47

Thorax : 65 $\frac{1}{2}$ /77 $\frac{1}{2}$

Enfant très fortifié, ayant acquis trois kilos ; forces accrues. La cure fut malheureusement coupée par une otite double sans température ni douleur.

Aucun incident du côté du nez, ni des cornets ; aucune menace d'asthme.

Il apparaît donc que notre climat serait favorable pour la modification des tissus de l'arbre respiratoire supérieur, ordinairement si fragile chez cet enfant.

OBSERVATION VII

Ph. A... N., garçon, 6 ans.

A. P. : Fut toujours malingre : pâle, poids insuffisant, appétit irrégulier.

Première cure. — Entrée, 23 juin 1926 :

Poids :	18 k. 150
Taille :	1 m. 16
Thorax :	55/59 $\frac{1}{2}$

Départ, 17 septembre 1926 :

Poids :	19 kilos
Taille :	1 m. 17
Thorax :	55 $\frac{1}{2}$ /61

Pâleur et maigreur persistent ; la résistance paraît augmentée, ainsi qu'il fut prouvé à la reprise des classes.

Pendant trois ans, la croissance continue sans accident, mais l'enfant est toujours maigre.

Janvier 1931 : Un gros rhume semble déclencher un affaïssissement particulier de l'état général. La radiographie donne des chaînes hilaires épaissies, semées de calcifications et de zones plus ou moins foncées.

Deuxième cure. — Entrée, 16 janvier 1931 :

Poids :	27 k. 250
Taille :	1 m. 37 $\frac{1}{2}$
Thorax :	62/70

Enfant très pâle, long et maigre, sans aucun muscle.

La radioscopie confirme la radiographie.

Cette adénopathie, banale chez un enfant des villes, acquiert une valeur pathologique du fait de l'aération continue.

Départ, 29 mars 1931 :

Poids : 29 k. 200

Taille : 1 m. 40 $\frac{1}{2}$

Thorax : 63/72

Du 18 janvier au 21 février, l'enfant fit chaque jour, en moyenne, 1 h. 30 de luge ou de ski. Deux kilos furent pris.

OBSERVATION VIII

M... A..., fille, 13 ans.

Entrée, 1^{er} février 1929 :

Poids : 31 k. 800

Taille : 1 m. 48

Thorax : 63/70

Enfant très pâle et maigre ; contact maternel tuberculeux certain ; toutes les craintes d'une imprégnation étaient fondées.

Départ, 10 avril :

Poids : 35 k. 350, donc + 3 k. 500.

Taille : 1 m. 49, donc + 1 cm.

Thorax : 65/75, donc + 3 cm.

L'épreuve de vie normale réussit ; en effet, jusqu'au 26 mai, malgré une vie normale parisienne et touristique, le développement continue (augmentation de deux kilos).

Continuation de la cure le 23 mai 1930.

Cure avec entraînement sportif, terminée heureusement par quelques jours passés au camping, sans fatigue et avec augmentation de poids.

Départ, 31 juillet 1930 :

Poids : 43 k. 300
Taille : 1 m. 57
Thorax : 73/81 $\frac{1}{2}$

Très aérée et fortifiée, cette enfant peut suivre la vie normale. Son développement, réparti depuis la cure de l'an dernier, suit une progression normale.

OBSERVATION IX

C... F., garçon, 12 ans 1/2.

A. P. : Depuis neuf ans, nombreuses crises hépatiques.

Entrée, 15 octobre 1927 :

Poids : 29 k. 700
Taille : 1 m. 42
Thorax : 57/67

Enfant faible, sans appétit, asthénique, nerveux. Bonne respiration (ampliation, 10 cm.).

Départ, 26 avril 1928 :

Poids : 34 kilos
Taille : 1 m. 44
Thorax : 62/74

Excellente cure ; résistance parfaite. Foie amélioré (a pu manger des œufs sans incidents). Retour d'un mois à Paris où l'enfant augmente son poids de deux kilos ; puis séjour au camp montrant un enfant complètement stabilisé et très résistant.

Retour à Paris en octobre 1928 où il passe un excellent trimestre.

Séjour aux Campanules du 23 décembre 1928 au 5 janvier 1929 ; le poids passe de 41 k. 400 à 42 k. 300.

Deuxième cure. — Entrée, 11 juillet 1929 (14 ans) :

Poids : 44 k. 200
Taille : 1 m. 52
Thorax : 70/81

Ampliation magnifique ; très bon état ; fatigue passagère.

Départ, 4 septembre 1929 :

Poids : 45 k. 200

Taille : 1 m. 54

Bonne cure au camp : toutes les excursions sont faites, donc enfant totalement récupéré à résistance très améliorée ; intestin stable.

Le développement se continue ; scolarité sans arrêt ; en décembre 1929, on a :

Poids : 44 k. 800

Taille : 1 m. 56

Thorax : 70/82

OBSERVATION X

S...-A... N., garçon, 11 ans 1/2.

A. P. : Jusqu'en 1930, garçon robuste et sportif.

En mai 1930, opération de l'appendicite ; reprise difficile ; les forces ne reviennent pas.

Octobre 1930 : la scolarité est reprise aux Roches, où s'achève cette descente de l'état général.

Janvier 1931 : amaigrissement, pâleur, crises de furonculose, rhumes, font arrêter les études.

A la radiographie : chaînes hilaires ganglionnaires très importantes, qui paraissent être en pleine période évolutive.

Chaîne gauche : la région hilaire est occupée par une masse homogène, grise, de la grosseur d'une noix, confondue avec le bord du cœur. La base est occupée par une ombre diffuse, continuant l'ombre de la pointe du cœur, ombre poly-ganglionnaire avec réaction congestive.

Chaîne droite : très ramifiée, semée de calcifications, obscurcit une large portion de la partie moyenne du hile.

Entrée, 16 janvier 1931 :

Poids : 31 k. 700

Taille : 1 m. 39

Thorax : 66 $\frac{1}{2}$ /73

Enfant maigre, sans muscles ; bonne respiration ; pas de ganglions externes. Grosses amygdales obstruantes, mauvais tissu.

Radioscopie confirme radiographie.

La cure est conduite très prudemment ; entraînement sportif avec cure solaire et repos relatif.

Départ :

Poids : 34 k. 150

Taille : 1 m. 41

Thorax : 67/74

L'enfant est très fortifié, sans aucune trace de fatigue, avec température stable. Bref, il a toutes les apparences d'un potentiel récupéré.

La radioscopie montre d'ailleurs les signes caractéristiques de régression hilaire.

Cures rapides

OBSERVATION XI

A... G., fille, 16 ans.

A. P. : Bonne santé, pas d'arrêt dans ses études.

Avril 1928, crise de rhumatisme articulaire aigu.

Première cure. — Entrée, 1^{er} juillet 1928 :

Poids : 41 kilos

Taille : 1 m. 56

Thorax : 66/75

L'enfant est mise aussitôt au camping.

Départ, 4 août 1928 :

Poids :	45 k. 100
Taille :	1 m. 57
Thorax :	69/78

Parfaite récupération des forces et du poids.

L'enfant résiste durant l'année scolaire parisienne, mais amaigrissement progressif et fatigue permanente.

Deuxième cure. — Entrée, 30 juin 1929 :

Poids :	43 k. 200
Taille :	1 m. 60
Thorax :	68/78

Départ, 31 juillet 1929 :

Poids :	47 k. 400
Taille :	1 m. 60
Thorax :	71/82

La jeune fille suit une courte année scolaire et maigrit progressivement de trois kilos ; fatigue.

Troisième cure. — Entrée, 8 juillet 1930 :

Poids :	44 k. 600
Taille :	1 m. 61
Thorax :	71/81

L'enfant a une moins bonne ampliation thoracique qu'un an avant, à son départ de deuxième cure.

A titre d'indication, voici l'emploi du temps d'une journée, au cours de la troisième cure, le 26 juillet 1930 :

Promenade : excursion au Mont Truc (sept heures de marche).

Héliothérapie : quatre heures.

Repos chaise longue : une heure.

Sommeil : onze heures et demie.

Le 30 juillet, excursion au lac Vert (sept heures de marche).

Le 7 août, Tré-la-Tête (huit heures de marche).

On peut donc dire que la jeune fille se comporte sans fatigue, en véritable alpiniste. Vie sous la tente, quand le temps le permet.

Départ, 8 août 1930 :

Poids :	49 k. 250
Taille :	1 m. 61
Thorax :	74/84

Devant ces résultats vraiment merveilleux, les plus sceptiques doivent s'incliner.

En somme, la vie parisienne scolaire semble produire chez cette fillette un arrêt automatique du développement. C'est un cas typique d'intoxication par la vie des villes, rentrant dans le cadre des « inadaptés urbains » du Professeur Mouriquand.

Depuis deux ans, aucun accident ni fatigue particulière ne peut expliquer le mauvais état général de cette enfant et son amaigrissement progressif pendant l'année scolaire, amaigrissement qui atteint chaque année trois kilos.

Depuis trois ans, l'enfant mène pendant un mois, au camping, une vie très sportive et dès les premiers jours, poids, mine, forces, sont transformés.

Ce cas paraît vraiment typique ; le Docteur Paillet avoue d'ailleurs n'avoir jamais vu une si parfaite récupération en un temps aussi court.

Il est à remarquer que le poids d'entrée de juillet 1930 est inférieur au poids de sortie d'août 1928, deux ans auparavant.

Il faut noter également la magnifique ampliation thoracique de 10 cm. et apprécier la parfaite résistance à une vie sportive très active.

OBSERVATION XII

S... D., de V..., garçon, 13 ans.

A. C. : Un frère mort de méningite tuberculeuse ; une sœur aînée diabétique depuis deux ans.

A. P. : Nourrisson normal ; développement normal coupé d'une rougeole et d'une coqueluche.

Cependant, état lymphatique depuis toujours, manifesté par de la micro-polyadénopathie, des ganglions cervicaux, des amygdales boursoufflées, entourées de mauvais tissu.

Entrée le 6 janvier 1931 :

Poids :	32 k. 900
Taille :	1 m. 48
Thorax :	66/74

Enfant trop maigre, thorax et bras sans muscles. Le poids est stationnaire depuis trop longtemps. Lymphatisme net ; petits ganglions épars ; trop gros ganglions cervicaux, tuméfiés à la moindre réaction de la gorge.

Radioscopie : ganglions hilaires à gauche, assez importants, sans trace de forme évolutive ; le hile très touffu est bourré de calcifications, indiquant bien la participation active de cette région ganglionnaire à toutes les petites infections de la gorge.

L'espace clair est nettement obstrué par quelques ganglions médiastinaux.

On voit ici nettement l'utilité d'une cure d'aération pour oxygéner ce lymphatique, modifier ses tissus du cavum et développer sa musculature si déficiente.

Départ le 1^{er} mars 1931 :

Poids :	37 k. 650
Taille :	1 m. 51
Thorax :	66/76

Cette cure de sept semaines fut sans histoire. Son efficacité commença dès la première heure ; poids, taille et ampliatio thoracique, progressèrent sans arrêt.

L'enfant, fortifié et aéré, paraît très apte à reprendre la vie scolaire normale.

OBSERVATION XIII

J... D., fille, 11 ans.

A. P. : A partir de quatre ans, sans maladie particulière, l'enfant se développe mal.

Plus tard, ses classes sont toujours arrêtées par de petits accroc's (rhino-pharyngés, digestifs) ; fatigue permanente.

En juin 1929, pleurésie ; convalescence rapide.

Août 1929 : convalescence achevée, mais la radio montre le reliquat de la pleurésie et de grosses masses hilaires.

Fatigue, inappétence, nervosisme considérable avec mouvements choréiformes.

Du 5 juillet au 12 août 1929, l'enfant séjourne à Saint-Gervais, sans surveillance médicale : aucun résultat.

Entrée aux Campanules le 30 août 1929 :

Poids : 34 k. 200

Taille : 1 m. 44

Thorax : 59/66

Départ le 22 novembre 1929 :

Poids : 41 k. 600

Taille : 1 m. 46

Thorax : 66/75

Développement considérable en quatre mois, sous l'heureuse influence d'une vie médicalement réglée. Cure parfaite, succès total.

Cependant la cure fut parfois coupée de troubles sympathiques circulatoires attribués au mauvais équilibre glandulaire, chez une fillette précoce.

L'année 1930 se passe sans accident, sauf rhumes et angine, en hiver.

Deuxième cure. — Entrée le 26 août 1930 :

L'enfant, en bon état général, est envoyée directement au camping.

Là, sont réalisées l'insolation et l'aération maximum en

haute altitude, et il apparaît que ce climat est parmi ceux qui forcent le développement de cette enfant.

Départ le 20 septembre 1930 :

Poids : 47 kilos

Taille : 1 m. 54

Thorax : 71/80

En somme, excellente cure, sans incident ; mais les troubles circulatoires persistent (mains froides, face facilement sultueuse, lèvres très rouges), toujours rapportés aux dystrophies glandulaires ; de même, la mollesse volontaire et ce dégoût anormal de tout effort musculaire.

OBSERVATION XIV

M..., de B..., fille, 11 ans.

A. P. : Nourrisson délicat, troubles intestinaux. Surtout accidents rhino-pharyngés (angine, végétations, faux-croup) et otites.

Enfant toujours fatiguée ; amaigrissement depuis octobre 1927.

En janvier 1928, un examen pratiqué par le Professeur Ribadeau-Dumas, montre de l'hypotonie, de l'insuffisance musculaire, une dépression nerveuse, de l'asthénie, de la maigreur, des mouvements incoordonnés (nervosisme).

De janvier à mai 1928, repos ; le poids et le nervosisme demeurent semblables.

Entrée le 16 mars 1928 : bonne ampliation thoracique (7 cm.), mais ne sait pas respirer (bouche ouverte, adénoïdienne).

Le 15 juin 1928, départ pour le camping, où l'état demeure excellent.

L'enfant reprend ses études et les poursuit normalement ; le développement continue, la nervosité s'améliore.

En avril, apparaît la fatigue (croissance, travail, instance de règles).

Entrée, 14 juillet 1929 :

Poids : 38 k. 850

Taille : 1 m. 52

Thorax : 68/78

Très bonne respiration. Léger thyroïdisme. Fille très développée, bien musclée. En somme, résultat atteint en un an, grâce à une cure faite avant la puberté.

L'état général étant excellent, l'enfant est mise aussitôt au camping.

Départ, 15 septembre 1929 :

Poids : 42 kilos

Taille : 1 m. 52

Thorax : 72/83

Très bonne cure, sans incident. Excursions longues, accomplies sans fatigue.

L'enfant peut reprendre son travail scolaire.

OBSERVATION XV

S... de M..., garçon, 13 ans.

A. H. : Père hépatique.

A. P. : Développement excellent, durant première et deuxième enfance.

Il y a trois ans, bacillémie ; la radio montre des sommets voilés et une adénopathie hilairé à gauche.

Grosse amélioration après séjour de deux mois à Biarritz ; l'enfant continue ses études, mais avec fatigue.

Janvier 1927 : pleurésie traînante, mauvais état général.

Entrée, 20 mars 1927 :

Poids : 44 k. 100

Taille : 1 m. 58

Thorax : 72/82

Donc, bonne ampliation thoracique.

D'avril à août 1927, cure préventoriale serrée, puis entraînement progressif.

Départ, 12 août 1927 :

Poids :	46 k. 200
Taille :	1 m. 60
Thorax :	72/84

Enfant très fortifié ; aucune fatigue ; forces et poids ont augmenté. Image radiologique normale. Totale récupération pleurale.

Année 1928, sans incidents ; scolarité sans arrêt.¹

Poids :	52 kilos
Taille :	1 m. 52

Année 1929 : développement rapide de la taille et des muscles. Aucun incident ; scolarité sans arrêt. En décembre 1929 :

Poids :	62 k. 600
Taille :	1 m. 76
Thorax :	84/95

Du 3 juillet au 11^{er} août 1930, séjour au camping ; au départ :

Poids :	64 k. 800
Taille :	1 m. 78
Thorax :	86/98

Très musclé ; magnifique ventilation pulmonaire (12 cm. d'ampliation thoracique).

Jeune homme en pleine force, complètement récupéré ; a donné des preuves réitérées de sa parfaite résistance.

OBSERVATION XVI

F... C., garçon, 16 ans 1/2.

A. P. : A 13 ans, digestions difficiles ; croissance trop rapide ; durant l'hiver 1928-29, asthénie, après une période de travail intellectuel intensif.

Entrée, 4 août 1929 :

Poids :	58 k. 500
Taille :	1 m. 80
Thorax :	78/87

Apparence robuste mais trop maigre ; thorax étroit ; fatigue, le soir (hépatique).

Départ, 8 septembre 1929 :

Poids :	61 kilos
Taille :	1 m. 80
Thorax :	78/89

Après un mois de séjour au camping, l'aspect et la musculature sont transformés ; l'enfant n'est pas fatigué par le sport.

OBSERVATION XVII

S... B., fille, 9 ans.

A. P. : A trois ans et demi, végétations adénoïdes ; opération.

De trois à neuf ans, rhino-pharynx toujours infecté ; tous les cinq mois environ, toxhémie légère, en rapport avec cette infection.

Entrée le 17 mars 1928 :

Poids :	25 k. 350
Taille :	1 m. 34
Thorax .	57/63

Infection rhino-pharyngée. Insuffisance respiratoire. Hépatisme. Assimilation nulle. Pas de muscles.

Excellente accommodation à la cure : un seul incident hépatique de deux jours (chez elle, douze jours chaque mois).

Le 15 juillet, monte au camping et fait une excellente fin de cure.

Départ le 2 juillet 1928 :

Poids :	28 k. 950
Taille :	1 m. 36 $\frac{1}{2}$
Thorax :	58/68

Soit un gain de 3 k. 500 et une augmentation du périmètre thoracique de 2 cm.

OBSERVATION XVIII

J... du B..., garçon, 12 ans 1/2.

A. P. : Nourrisson se développant normalement malgré troubles digestifs et intolérance au lait.

Deuxième enfance : toutes maladies infantiles avec reprises faciles ; adénopathies multiples ; cuti-réaction positive ; troubles intestinaux fréquents.

De plus, nervosisme, dont les paroxysmes correspondent à ces petites crises digestives ; enfant agité, coléreux, impressionnable.

Durant l'hiver 1930-31, la fatigue scolaire déclanche un état de nervosité et de fatigue avec poids stationnaire.

Entrée le 31 juillet 1931 :

Poids : 36 k. 050

Taille : 1 m. 49

Thorax : 66/75

Enfant en bon état, mais cage thoracique étroite ; insuffisance musculaire ; malgré cela, bonne ventilation de 9 cm.

La cure se fait sans incident.

Départ le 24 septembre 1931 :

Poids : 38 k. 600

Taille : 1 m. 50

Thorax : 68/77

En deux mois, gain de 2 k. 500. Périmètre thoracique augmenté de 2 cm.

OBSERVATION XIX

S...-P... B., garçon, 11 ans 1/2.

Aucun antécédent notable. Type du malingre parisien fatigué par la vie citadine.

Entrée le 4 juillet 1930 :

Poids :	28 k. 500
Taille :	1 m. 39
Thorax :	62/68 $\frac{1}{2}$

Très maigre. Anémique. Nervosisme accentué (tics, pâleur). Type du malingre dont l'assimilation est arrêtée à Paris mais reprend facilement à l'air.

Le degré d'impressionnabilité de l'enfant est tel que la présence à Saint-Gervais de ses parents, déclencha de multiples tics dont le plus grave fut le vomissement habituel, puis inappétence totale, température instable, etc...

L'essai d'une vie sportive en altitude avec séparation familiale, fut tenté et réussi, du 26 août au 15 septembre 1930. Reprise immédiate : le régime sportif poussé est toléré; le poids augmente; il se produit une sédation nerveuse manifeste. L'enfant est apte à reprendre la vie scolaire.

Départ le 21 septembre 1930 :

Poids :	30 k. 700
Taille :	1 m. 39 $\frac{1}{2}$
Thorax :	64 $\frac{1}{2}$ /72 $\frac{1}{2}$

OBSERVATION XX

F... B., fille, 11 ans.

A. P. : Novembre 1927 : Hématurie. Réaction ganglionnaire: la radio montre des ganglions hilaires.

Entrée le 24 août 1928 :

Poids :	28 k. 200
Taille :	1 m. 38
Thorax :	60/67

Enfant très maigre, mais en bon état; aucun appétit, nervosisme.

Du 30 août au 15 septembre, camping.

Départ le 15 octobre 1928 :

Poids :	32 k. 800
(augmentation : quatre kilos)	
Taille :	1 m. 39
Thorax :	64/73

Nervosité diminuée. Cure parfaite et étonnante de rapidité par entraînement sportif bien réglé.

OBSERVATION XXI

D... A., garçon, 9 ans 1/2.

A. P. : En janvier 1930, enfant en pleine croissance, fatigué par des accidents hémorragiques dentaires. Insuffisance d'élimination rénale (urines rares).

Actuellement, fatigue, pâleur, poids stationnaire.

Entrée le 23 avril 1930 :

Poids :	32 k. 900
Taille :	1 m. 44 $\frac{1}{2}$
Thorax :	66/74

Cure progressive sans incident ; le 20 juin, monte au camping tout en continuant dans la journée sa cure de repos (deux heures de chaise-longue).

Départ le 13 juillet 1930 :

Poids :	35 kilos
Taille :	1 m. 46
Thorax :	67/76

Très bon résultat, obtenu en deux mois et demi.

Conclusions

I. — Nous avons réuni ici, vingt et une observations; un examen rapide permet d'en dégager les résultats.

II. — Un fait retient l'attention; les cures ont une durée variable : rapides avec certains, demi-longues ou très longues, suivant l'état antérieur du sujet, son accommodation, ses réactions particulières; mais chez tous ces enfants on observe, en fin de cure, une augmentation de poids, un élargissement de la cage thoracique, une résistance accrue.

III. — Une conclusion s'impose : tous ces enfants, inaptes à la vie, malsaine sans aucun doute, de nos grandes villes, et chez qui toute thérapeutique antérieure a échoué, voient en un temps minimum leur résistance augmenter et leur développement s'amorcer si heureusement qu'ils peuvent reprendre leur vie habituelle.

Le but de la cure préventoriale : récupérer des enfants débiles, les fortifier suffisamment pour les rendre à leurs parents, à la société, est donc atteint.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	MOURIQUAND.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

LYON, le 5 Octobre 1932.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

Bibliographie

- AIMES. — Action thérapeutique de la lumière solaire. (*Montpellier Méd.*, 10 août et 17 avril 1913.)
- Technique générale du bain de soleil. (*Revue d'Actinol.* II, 1926, n° 3, juillet-sept., p. 204.)
 - La cure solaire. (*Rev. de Vulgarisation des Sciences Méd.*, 23.)
 - Technique du bain de soleil. (*Sciences Méd.*, février 1931, p. 4.)
- ARMAND, DELILLE et LESTOCCONROY. — *Le rôle des œuvres de plein air dans la prophylaxie de la tuberculose infantile.*
- ARMAND, DELILLE et WAPPLEY. — *L'école de plein air et l'école au soleil*, Paris, 1919.
- BELLIN DU COTEAU. — Le sport doit être pratiqué par l'enfant. (*Le Bulletin Médical*, 28 sept. 1929, n° 41, p. 1027.)
- L'état actuel de l'éducation physique en France. (*Annales de l'Enfance*, n° 26, août 1929.)
- BOIGEX. — *Manuel scientifique d'Education Physique.*
- Les graphiques d'une cure d'exercice. (*Journal Médical Français*, XV, 1926, n° 6, juin.)
 - Cure d'exercice : indications et résultats. (*Gazette des Hôpitaux des Sc. Méd. de Bordeaux*, 27 fév. 1927.)
 - *Physiologie de la culture et des sports.* (Albin Michel, édit., Paris, 1927.)
 - Influence de l'exercice sur les fonctions circulatoires et respiratoires. (*Journal Médical Français*, juillet 1927, p. 298-304.)
 - L'exercice est un moyen thérapeutique dont la formule doit varier. (*Concours Médical*, avril 1928, p. 939.)

BOUTARIC. — *La lumière et les radiations invisibles.* (Flammarion, édit., 1925.)

CHAILLEY-BERT. — L'éducation physique. (*Bulletin Médical*, 26-29 sept. 1928.)

COMBY. — La carence scolaire dans l'enfance. (*Arch. de Méd. des Enfants*, 1924.)

FORSANT. — La pédagogie de la méthode naturelle répond aux besoins instinctifs de l'enfant. (*L'Education Physique*, n° 13, janvier 1930, p. 20.)

FOUGERAT DE DAVID DE LASTOURS. — *L'homme et la lumière.* (Legrand, édit., Thèse, Paris, 1925.)

GODIN. — De l'éducation physique. (*Le Médecin Français*, 1^{er} juin 1930.)

HÉBERT. — *Guide pratique de l'Education Physique.*

HILL. — Plein air, soleil et santé. (*Ann. d'Hyg. publique*, 1926, 6 juin, p. 334.)

JAUBERT. — Les épisodes fébriles chez les enfants soumis à la cure héliothérapique. (*Bull. Soc. de Pédiâtr. de Paris*, 1925, p. 94.)

— *La cure de soleil : où, pourquoi, comment la pratiquer ?* (Flammarion, édit.)

KOUIDJY. — Le médecin praticien et l'éducation physique. (*Concours Médical*, 1925, p. 14.)

— Précis d'éducation physique et respiratoire. (*Expansion Scientifique Française*, édit. 1925.)

LEDENT. — *L'éducation physique basée sur la physiologie musculaire.*

— L'enfance débile et l'éducation physique. (*Le Scalpel*, 7 août 1926.)

LÉO. — *Les tout-petits au soleil* (1921).

MATHIEU. — Importance des résultats obtenus par l'héliothérapie à l'altitude. (*Thèse*, de Nancy, 1923.)

MILLISCHER. — *L'éducation respiratoire et les exercices physiques.*

MOLINERY. — De la valeur pronostique de la cure solaire en haute altitude. (*Soc. de Méd. de Paris*, 24 janv. 1918.)

MOURIQUAND. — Climats, pathologie : Les inadaptés urbains.
(*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 19 avril 1932.)

PAILLET. — Les enfants à la montagne. (*Revue Pédiatrique*,
Lille, 1927.)

— Essai de réalisation d'une cure intégrale d'air et de
soleil en haute altitude. (*Journal de Méd. Paris*, 22 mai
1928, p. 230.)

PAUCHET. — *Le médecin doit faire campagne pour les bains
de soleil.*

RIBADEAU-DUMAS. — Du rôle de l'air, la lumière, le soleil, les
climats dans le développement de l'enfant. (*Presse Ther-
male et Climat.*, n° 3, 123, 1^{er} avril 1928, p. 216.)

RICHARD (G.-A.). — La respiration dans l'exercice et le sport.
(*Liège Méd.*, 19 janv. 1930.)

ROEDERER. — Conditions atmosphériques de l'exposition au
soleil. (*Journal des Praticiens*, 5 mai 1923.)

— *Pourquoi et comment pratiquer la cure solaire ?*

ROLLIER. — *La cure de soleil.*

TISSÉ. — Sur une nouvelle méthode de développement de la
cage thoracique, basée sur les principes de la gymnas-
tique analytique. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, 10
août 1930, n° 22.)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
<i>Chapitre premier.</i> — Le but et les principes de la médecine préventive	13
<i>Chapitre II.</i> — Les moyens de cure.....	21
La gymnastique respiratoire	23
La cure de soleil.....	26
La pratique réglée des sports.....	29
L'organisation minutieuse du repos.....	30
Cure intégrale d'air et de soleil en haute altitude....	31
<i>Chapitre III.</i> — OBSERVATIONS.....	35
Cures longues	35
Cures demi-longues	44
Cures rapides	51
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

